

L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance ? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés.

Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Virginie Nanhou et Francine Bernèche, Institut de la statistique du Québec¹

INTRODUCTION

Comme dans d'autres études², l'analyse des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* indique que les immigrants récents vivant au Québec sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance³. En effet, ils sont moins nombreux, en proportion, à considérer leur santé comme passable ou mauvaise, à déclarer une maladie chronique ou à présenter un surplus de poids (embonpoint ou obésité). De plus, les immigrants, qu'ils

soient récents ou de longue date, ont de meilleures habitudes de vie que les personnes nées au Canada en matière de consommation d'alcool ou de tabac.

Dans la lignée de l'étude précédente, le présent article vise à examiner, à partir de quelques indicateurs-clés, l'état de santé des immigrants au Québec au cours des années 2000 en le comparant avec celui des Canadiens de naissance. Le principal objectif est de voir si les différences

entre les immigrants, tant récents que de longue date, et les Canadiens de naissance se maintiennent dans le temps en ce qui concerne la perception de l'état de santé (santé générale et santé buccodentaire), la présence de problèmes de santé chroniques diagnostiqués (asthme, diabète, hypertension, maladies cardiaques, maux de dos, migraines, troubles anxieux, troubles de l'humeur, ulcères de l'estomac ou de l'intestin) et l'incapacité.

1. Les auteures tiennent à remercier Monique Bordeleau, Patricia Caris, Valeriu Dumitru, Ghyslaine Neill et Nathalie Plante pour leurs commentaires et suggestions ainsi que Kate Dupont pour la vérification des chiffres.
2. Entre autres : M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET (2002), *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Rapport de l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 460 p. (Édition électronique révisée). Dans cette étude, la comparaison est faite avec l'ensemble de la population du Québec.
3. V. NANHOU, et N. AUDET (2008), « Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, juin, 4 p.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) constitue la source de données utilisée. Depuis le début des années 2000, six cycles de l'enquête ont été menés, soit en 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012. Les données de l'ESCC permettent de comparer les immigrants récents (au Canada depuis moins de 10 ans), les immigrants de longue date (10 ans ou plus) et les non-immigrants (personnes nées au Canada).

Après avoir dressé un profil succinct des immigrants vivant au Québec, l'article se divise en deux grandes parties. Dans un premier temps, une mise en contexte rappelle les faits saillants de différents travaux sur la santé des immigrants, réalisés au Québec ou au Canada. Dans un deuxième temps, les résultats d'analyses effectuées pour chacun des indicateurs de santé à partir des données de trois cycles de l'ESCC, soit 2003, 2007-2008 et 2011-2012, sont présentés. Des analyses bivariées ont servi à dresser un bref portrait de l'évolution de la santé des immigrants au cours des années 2000. Des analyses multivariées (régressions logistiques) qui tiennent compte du statut d'immigration ainsi que de l'âge et de la scolarité des personnes ont, quant à elles, permis de comparer les immigrants et les Canadiens de naissance durant la même période. L'encadré *Notes méthodologiques* (p. 13) fournit des informations détaillées sur les techniques d'analyse, en plus de définir les variables.

PROFIL DES IMMIGRANTS AU QUÉBEC

La santé des immigrants est à la fois un sujet d'importance et un enjeu pour les sociétés occidentales en raison, notamment, de la part croissante de la population immigrante dans l'ensemble de la population du pays d'accueil. Il en est de même au Québec, puisque environ 974 900 personnes nées à l'étranger résidaient dans la province en 2011⁴, ce qui représente 12,3% de la population totale dénombrée, alors que la proportion était de 5,6% en 1951. La composition des flux d'immigration s'est aussi modifiée au cours des dernières décennies. Au Québec, de 1970 à 2003, les régions d'origine traditionnelles des immigrants (Europe de l'Ouest et États-Unis) cèdent leur place à de nouvelles régions (Maghreb, Europe de l'Est et Asie)⁵. Depuis 2002, sept pays se sont retrouvés au moins une année parmi les principaux pays d'origine des immigrants, soit la Chine, la France, Haïti, l'Algérie, le Maroc, la Colombie et la Roumanie⁶.

Au Québec en 2012, les « immigrants économiques »⁷ formaient le groupe le plus important parmi l'ensemble des immigrants (72,0%), suivis par les personnes arrivées dans le cadre du « regroupement familial » (18,6%) et celles comptant parmi les réfugiés (8,4%)⁸. À noter qu'en 2006, la part des « immigrants économiques » était nettement moindre, soit 58,1%. Durant la période 2006-2012, la

proportion des adultes âgés de 25 à 54 ans titulaires d'un diplôme universitaire est passée de 39,3% à 48,2% parmi la population immigrante et de 20,8% à 23,1% parmi la population native⁹. Par ailleurs, en 2011, le taux de chômage de la population immigrante de 15 ans et plus atteignait 12,4% comparativement à 7,8% dans l'ensemble de la population québécoise du même âge¹⁰.

QUE SAVONS-NOUS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS AU CANADA ET AU QUÉBEC ?

Des immigrants initialement en meilleure santé

Depuis le milieu des années 1990, plusieurs études canadiennes et québécoises ont examiné « l'effet de bonne santé de l'immigrant » sous différents angles. Ces études reconnaissent généralement que les indicateurs de santé s'avèrent meilleurs pour les immigrants récents que pour les non-immigrants et que cet avantage diminue avec le nombre d'années passées dans le pays d'accueil. Ainsi, l'état de santé des immigrants se rapprocherait, avec le temps, de celui des non-immigrants.

L'avantage initial des immigrants en matière de santé et son amoindrissement au fil du temps sont le plus souvent analysés au moyen d'études transversales, mais des études longitudinales permettent aussi de mettre en évidence

4. STATISTIQUE CANADA (2013), *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Enquête nationale auprès des ménages, 2011*, Ottawa, Ministère de l'Industrie, n° 99-010-X2011001 au catalogue, 24 p.
5. G. PINSONNEAULT (2005), « L'évolution de la composition du mouvement d'immigration au Québec au cours des dernières décennies », *Santé, société et solidarité. Les nouveaux courants migratoires. Dossier Immigration et intégration*, n° 1, p. 49-65.
6. C. GIRARD (2013), « Migrations internationales et interprovinciales », dans *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 75-87.
7. Une classification du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec permet de répartir les immigrants en quatre grandes catégories d'admission : l'immigration économique (les immigrants économiques), le regroupement familial, les réfugiés et les personnes en situation semblable, et les autres immigrants. La catégorie des immigrants économiques comprend les personnes sélectionnées en raison de leurs caractéristiques socioprofessionnelles, de leurs compétences et de leur capacité à contribuer à l'économie, à savoir : les travailleurs qualifiés, les travailleurs autonomes, les entrepreneurs et les investisseurs. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (2013), *Tableaux sur l'immigration permanente au Québec 2008-2012*, Québec, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, avril, 49 p.
8. C. GIRARD, *op. cit.* Le nombre d'immigrants appartenant à une catégorie inclut le requérant principal et, s'il y a lieu, son conjoint et les personnes à sa charge.
9. P.-O. MÉNARD, et A.-M. FADEL (2013), *Éléments explicatifs de la surqualification chez les personnes immigrantes au Québec en 2012*, Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 30 p.
10. P.-O. MÉNARD (2012), *Les immigrants et le marché du travail québécois en 2011. Les données de l'Enquête sur la population active (EPA)*, Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 36 p.

l'évolution différente des immigrants par rapport aux non-immigrants sur le plan de la santé. Les études transversales consultées dans le cadre du présent article portent sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé, les divers problèmes de santé (chroniques ou autres) ainsi que les habitudes de vie, alors que les études longitudinales concernent les taux de mortalité, la perception de l'état de santé et le recours aux soins et services.

Une première étude, basée sur des données¹¹ de la période allant de 1985 à 1992, révèle que les immigrants ont une plus grande espérance de vie que les Canadiens de naissance et qu'ils vivent plus longtemps sans incapacité ou dépendance¹², ce qui pourrait être lié à l'effet de la « sélection d'immigrants en bonne santé ». Dans une autre étude¹³ effectuée à partir des données de l'ESCC 2000-2001, les analyses de régression logistique¹⁴ indiquent que les immigrants jouissent d'une meilleure santé que les non-immigrants pour ce qui est des problèmes de santé chroniques pris dans leur ensemble. Toutefois, le risque de déclarer de tels problèmes augmente chez les immigrants en proportion du nombre d'années vécues au Canada. À noter que les résultats diffèrent lorsque les problèmes de santé chroniques sont considérés un à un. Aucune différence significative n'est constatée pour le diabète et l'hypertension. En ce qui concerne les maladies cardiaques, seuls

les hommes ayant immigré récemment présentent un avantage par rapport aux hommes nés au Canada; c'est aussi le cas pour les femmes ayant immigré récemment, en comparaison des Canadiennes de naissance, lorsqu'il est question de cancer. Plusieurs autres études¹⁵ font ressortir l'avantage initial des immigrants par rapport aux non-immigrants quant à divers types de maladies chroniques et montrent des variations en fonction de l'âge, du sexe, du pays d'origine et de la durée de résidence au Canada.

Au Québec, les résultats de l'enquête menée en 1998-1999 auprès de quatre groupes d'immigrants récents (Chine, Haïti, Maghreb et Moyen-Orient)¹⁶ vont dans le sens des études canadiennes, à savoir que ces groupes présentent globalement un meilleur état de santé que la population québécoise dans son ensemble. L'apport positif des nouveaux arrivants au portrait de santé de la population du Québec est aussi souligné dans l'analyse des données de l'ESCC 2005 faite à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)¹⁷. Comme dans les études précédentes, cette situation est attribuée en partie au processus de sélection formelle des immigrants s'établissant au Canada.

Alors que les études précédentes se basent sur des données transversales, trois études utilisant des données longitudinales permettent d'évaluer l'évo-

lution de l'état de santé des immigrants, une fois établis au Canada, en suivant des cohortes d'individus sur plusieurs années. Une première étude¹⁸, basée sur l'analyse de la mortalité d'une cohorte de personnes âgées de 25 ans et plus depuis 1991 jusqu'à 2001, montre que les taux de mortalité normalisés selon l'âge des immigrants sont plus faibles que ceux des adultes nés au Canada (l'effet de l'immigrant en santé), mais qu'ils tendent à augmenter, tout en demeurant inférieurs, avec le nombre d'années passées au Canada (l'effet de durée). Une seconde étude¹⁹, effectuée à partir de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP), montre que, durant la période allant de 1994-1995 à 2002-2003, les immigrants d'origine non européenne – particulièrement les nouveaux arrivants (établis à partir de 1984) – étaient plus susceptibles que les Canadiens de naissance de passer d'une autoévaluation positive de leur état de santé (bon, très bon ou excellent) à une autoévaluation négative (passable ou mauvais). Les auteurs attribuent cette détérioration au vieillissement des immigrants, à l'adoption de comportements néfastes pour la santé et au stress lié au processus d'immigration.

Une troisième étude longitudinale²⁰, utilisant les données de l'ENSP de 1994-1995 à 2000-2001, conclut que l'état de santé des immigrants se détériore rapidement après leur arrivée, tandis que leur recours aux soins et services de santé augmente

11. Données démographiques extraites des recensements de 1986 et 1991, statistiques de l'état civil (décès) pour les périodes 1985-1987 et 1990-1992, et données sur l'incapacité et la dépendance tirées de l'*Enquête sur la santé et les limitations d'activités* (ESLA), 1986-1987 et 1991. J. CHEN, E. NG et R. WILKINS (1996), « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 8, n° 3, n° 82-003 au catalogue, p. 31-41.

12. Il s'agit de la dépendance à l'égard d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne.

13. C. E. PÉREZ (2002), « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Supplément aux Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 13, n° 1, n° 82-003 X 1 F au catalogue, 13 p.

14. Ces analyses tiennent compte de l'âge et du niveau de scolarité des personnes ainsi que du revenu du ménage. Certains comportements influant sur la santé sont aussi pris en compte dans l'un des modèles.

15. Ces études sont recensées dans l'article suivant: I. HYMAN, et B. JACKSON (2010), « L'effet immigrant en santé: un phénomène temporaire? », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*. La santé des migrants, Santé Canada, n° 17, décembre, p. 17-21.

16. M. CLARKSON, R. TREMBLAY et N. AUDET, *op. cit.*

17. V. NANHOU, et N. AUDET, *op. cit.*

18. Données tirées de l'*Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement*. E. NG (2011), « Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 22, n° 4, n° 82-003-XPF au catalogue, 6 p.

19. E. NG, R. WILKINS, F. GENDRON et J.-M. BERTHELOT (2005), « L'évolution de l'état de santé des immigrants », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue, automne, p. 17-21.

20. B. NEWBOLD (2005), « Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 10, n° 2, p. 77-83a.

concurrentement. Cependant, ce n'est que pour les femmes et les personnes à faible revenu de la population immigrante que l'analyse permet de déceler un risque accru de détérioration de l'état de santé.

Certaines limites des données sont régulièrement soulignées dans les études qui traitent de la santé des immigrants. Ainsi, dans les analyses transversales, la convergence de la santé des immigrants et de celle des non-immigrants pourrait surtout tenir à un « effet de cohorte », étant donné que les profils de santé des immigrants peuvent varier selon la date d'entrée au pays ou encore cela pourrait s'expliquer par la sélection, dans le cadre d'une nouvelle émigration, de certains groupes d'immigrants – probablement les plus en santé – ayant demeuré quelques années au Canada²¹. Également, des biais de déclaration peuvent toucher les réponses à certaines questions sur la santé, dans la mesure où l'interprétation de ces dernières varie selon les caractéristiques socioculturelles des immigrants²².

Par ailleurs, comme il est reconnu que les immigrants récents utilisent moins les services de santé que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance, il est possible que leurs problèmes de santé soient sous-diagnostiqués et, par conséquent, moins souvent déclarés dans les enquêtes qui demandent aux répondants d'indiquer les problèmes identifiés par un professionnel de la santé²³. Toutefois, selon une étude basée sur le croisement de données de l'ENSP et de l'ESCC²⁴, il semble

que la tendance de l'état de santé des immigrants à converger vers celui des non-immigrants avec le temps concerne effectivement leur santé physique et ne résulte pas de l'amélioration du dépistage des problèmes de santé existant chez les immigrants. Enfin, en vue de minimiser les biais dans l'interprétation des résultats, la prise en compte du lieu de naissance des immigrants dans l'analyse de leur état de santé apparaît fort importante²⁵.

Des différences selon le lieu de naissance des immigrants

Toutes les études qui ont pris en considération le pays de naissance des immigrants ont noté des différences en matière de santé selon cette caractéristique.

Ainsi, dans une étude sur l'espérance de vie en bonne santé²⁶, la distinction entre immigrants européens et non européens fait ressortir des différences entre ces deux catégories d'immigrants : entre 1986 et 1991, les immigrants non européens ont enregistré les gains les plus importants pour ce qui est de l'espérance de vie sans incapacité (modérée ou grave) comparativement aux immigrants européens et aux personnes nées au Canada. Une autre étude transversale²⁷, dont les données ont été tirées de trois cycles combinés de l'ESCC (2003, 2005, 2007-2008), permet de mettre en évidence les résultats apparemment contradictoires d'études fondées sur la dichotomie immigrant/non-immigrant. Les analyses montrent que, pris globalement, les immigrants tendent à se considérer en moins bonne santé que les non-immigrants. Cependant,

lorsque le lieu de naissance et la durée de résidence sont pris en compte, des tendances différentes ressortent.

Des différences selon la région d'origine des immigrants sont aussi relevées dans des analyses longitudinales. Par exemple, la détérioration de la santé perçue des immigrants²⁸ entre 1994-1995 et 2002-2003 concerne davantage les immigrants d'origine non européenne que ceux d'origine européenne²⁹. Par ailleurs, une étude sur les taux de mortalité³⁰ révèle que l'avantage des immigrants pris dans leur ensemble par rapport aux Canadiens de naissance ne se retrouve pas chez les femmes originaires des États-Unis ou de l'Afrique subsaharienne, que ce soit à l'échelle du Canada ou à celle des trois plus grandes régions métropolitaines de recensement (Toronto, Montréal et Vancouver).

Bien qu'il soit important de tenir compte de l'hétérogénéité de la population immigrante, l'analyse de la santé des immigrants selon les grandes régions d'origine comporte, entre autres limites, la présence de petites tailles d'échantillon lorsque les données proviennent des enquêtes générales. Quand l'analyse selon le lieu de naissance n'est pas possible en raison de l'absence de données sur le lieu de naissance ou des petits effectifs, l'analyse selon la durée de résidence des immigrants dans le pays d'accueil permet tout de même, en partie, de nuancer les résultats globaux susceptibles d'être touchés par l'« effet de cohorte ».

21. C. E. PÉREZ, *op. cit.*

22. M. ROTERMANN (2011), « Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 22, n° 4, n° 82-003-XPF au catalogue, 8 p.

23. M. ROTERMANN, *op. cit.*

24. J. T. MCDONALD, et S. KENNEDY (2004), "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada", *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 8, p. 1613-1627.

25. M. ROTERMANN, *op. cit.*

26. J. CHEN, E. NG et R. WILKINS, *op. cit.*

27. M. ROTERMANN, *op. cit.*

28. E. NG, R. WILKINS, F. GENDRON et J.-M. BERTHELOT, *op. cit.*

29. Incluant les immigrants nés aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Australie.

30. E. NG, *op. cit.*

QUE MONTRE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE SANTÉ À PARTIR DES DONNÉES DE L'ESCC ?

Les résultats présentés dans cette section portent sur la population du Québec âgée de 18 ans et plus. Des comparaisons sont faites entre les immigrants, selon qu'ils sont récents ou de longue date, et les Canadiens de naissance. Les résultats proviennent principalement d'analyses multivariées, menées par l'intermédiaire de régressions logistiques, à partir des données de trois cycles de l'ESCC (2003, 2007-2008 et 2011-2012). Les analyses multivariées tiennent compte du statut d'immigration ainsi que de deux facteurs de confusion, soit l'âge et la scolarité des personnes. Une analyse selon le sexe est aussi présentée.

Des analyses bivariées ont également été réalisées, afin de dresser un bref portrait de l'évolution de la santé des immigrants au cours des années 2000.

À titre de rappel, les indicateurs de santé retenus pour les analyses sont : la perception de la santé (santé générale ou santé buccodentaire), la présence de problèmes de santé chroniques diagnostiqués (asthme, diabète, hypertension, maladies cardiaques, maux de dos, migraines, troubles anxieux, troubles de l'humeur, ulcères de l'estomac ou de l'intestin) et l'incapacité.

Structure par âge et niveau de scolarité selon le statut d'immigration

Le tableau 1 donne un aperçu des différences notées dans les structures par âge et le niveau de scolarité selon le statut d'immigration.

Les immigrants récents sont les plus nombreux, en proportion, à être âgés de 18 à 44 ans (plus de 80 %) et sont, par conséquent, les moins nombreux dans les groupes de 45 à 64 ans (moins de 15 %) ou de 65 ans et plus (moins de 2 %). Les immigrants de longue date, quant à eux, présentent la proportion la plus élevée de personnes âgées de 45 à 64 ans (près de 40 % ou plus) et de 65 ans et plus (plus de 20 %). Pour ce qui est des Canadiens de naissance, la proportion dépasse les 40 % chez les 18-44 ans, tandis qu'elle avoisine les 40 % chez les 45-64 ans et se situe à un peu moins de 20 % chez les 65 ans et plus.

Quelle que soit l'année considérée, les immigrants récents présentent une proportion plus forte de personnes ayant mené des études postsecondaires que les immigrants de longue date ou les Canadiens de naissance. En 2011-

Tableau 1

Répartition de la population de 18 ans et plus selon le statut d'immigration, l'âge et le niveau de scolarité, Québec, 2003, 2007-2008 et 2011-2012

	2003				2007-2008				2011-2012			
	Population de 18 ans et plus	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance	Population de 18 ans et plus	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance	Population de 18 ans et plus	Immigrants récents	Immigrants de longue date	Canadiens de naissance
	%											
Total	100	3,2	8,4	88,4	100	4,6	9,3	86,1	100	5,4	9,2	85,4
Groupe d'âge												
18-44 ans	49,8	86,6 ^a	35,7 ^a	49,8 ^a	46,4	84,2 ^a	35,2 ^a	45,6 ^a	44,8	91,3 ^a	35,5 ^a	42,9 ^a
45-64 ans	34,5	11,8 ^{a, b}	38,9 ^a	34,9 ^b	36,7	13,5 ^a	42,5 ^a	37,3 ^a	36,7	7,2 ^a	42,3 ^a	38,0 ^a
65 ans et plus	15,7	1,5 ^{**a}	25,5 ^a	15,3 ^a	16,9	2,3 ^{**a}	22,3 ^a	17,1 ^a	18,5	1,6 ^{**a}	22,1 ^a	19,1 ^a
Âge moyen	45,9	34,4	51,7	45,8	46,8	35,6	51,6	46,9	47,5	33,9	52,2	47,9
Niveau de scolarité												
Moins qu'un DES ¹	24,6	11,8 ^{a, b}	26,4 ^a	24,9 ^b	20,1	8,2 ^{a, b}	20,6 ^a	20,6 ^b	16,8	4,3 ^{**a, b}	19,0 ^a	17,4 ^b
DES	15,0	8,1 ^{a, b}	12,6 ^a	15,5 ^b	12,4	8,9 ^{*2}	13,8 ²	12,5	13,3	9,6 ^{**}	10,5 ^a	13,9 ^a
Plus qu'un DES ³	60,4	80,0 ^{a, b}	61,0 ^a	59,6 ^b	67,5	82,9 ^{a, b}	65,6 ^a	66,9 ^b	69,8	86,1 ^{a, b}	70,4 ^a	68,7 ^b

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

a, b Pour une variable donnée (groupe d'âge ou niveau de scolarité) et pour une année donnée, le même exposant exprime une différence significative selon le statut d'immigration (soit entre les proportions d'une même ligne) au seuil de 0,05.

1. Diplôme d'études secondaires.

2. Ces deux proportions ont tendance à être différentes ($p = 0,0608$).

3. Cette catégorie regroupe les personnes qui ont effectué certaines études postsecondaires et celles ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, 2003, 2007-2008 et 2011-2012, fichiers de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

2012, près de 9 immigrants récents sur 10 avaient fait de telles études, alors que c'est le cas de 7 personnes sur 10 dans les deux autres groupes (tableau 1). En contrepartie, peu d'immigrants récents ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires (DES), soit le dixième ou moins comparativement au cinquième environ des immigrants de longue date et des Canadiens de naissance. À noter qu'une seule différence significative est observée entre ces deux derniers groupes, et ce, en 2011-2012; elle concerne la proportion de personnes ayant obtenu un DES, laquelle est supérieure chez les personnes nées au Canada (14 % c. 11 %).

Évolution de l'état de santé des immigrants au Québec au cours des années 2000

Selon les résultats d'analyses bivariées (proportions) présentés au tableau 2, le profil de santé des immigrants de 18 ans et plus résidant au Québec ne semble pas avoir connu d'évolution notable au cours de la dernière décennie, et ce, que ceux-ci soient établis au Canada depuis moins de 10 ans (immigrants récents) ou depuis plus longtemps (immigrants de longue date). Cette absence d'écarts significatifs pourrait notamment être attribuable aux faibles effectifs échantillonnaires chez les immigrants récents. Comme on peut le constater à l'examen du tableau 2, la précision des résultats est souvent limitée pour ces immigrants, et dans une moindre mesure, pour les immigrants de longue date, ce qui réduit les possibilités d'analyse.

Malgré tout, on observe une tendance à la baisse de la proportion d'immigrants récents qui ont une perception négative de leur santé générale au cours des années 2000³¹ (tableau 2).

Contrairement aux résultats concernant les immigrants, les prévalences de plusieurs maladies chroniques chez les Canadiens de naissance âgés de 18 ans et plus ont fluctué significativement entre 2003 et 2011-2012 (tableau 2) : à la hausse pour l'asthme, l'hypertension, le diabète, les troubles de l'humeur et anxieux, et à la baisse pour les migraines³². On note aussi, pour la même période, une tendance à la hausse de la proportion des personnes nées au Canada présentant une incapacité. Ces constats pourraient s'expliquer par le vieillissement de la population³³.

Comparaisons entre immigrants et Canadiens de naissance (2003, 2007-2008, 2011-2012)

Les résultats des analyses de régression logistique (rapports de cotes) sont présentés dans le tableau 2; les résultats se rapportant aux hommes figurent dans le tableau 3 et ceux concernant les femmes, dans le tableau 4. À noter qu'en plus des rapports de cotes, ces tableaux fournissent les proportions de personnes ayant une perception négative de leur santé (santé générale ou santé buccodentaire), présentant un problème de santé chronique ou vivant avec une incapacité. Mentionnons dès à présent que la faiblesse des effectifs pour les immigrants récents pourrait expliquer en partie l'absence de différences statistiquement significatives en dépit des écarts observés dans les rapports de cotes.

Perception négative de la santé

Quelle que soit l'année considérée, seuls les immigrants de longue date sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur santé générale que les Canadiens de naissance (tableau 2). Par ailleurs, les immigrants récents

comme ceux de longue date ont une probabilité plus grande de considérer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise que les personnes nées au Canada, et ce, tant en 2003 qu'en 2007-2008.

Présence de problèmes de santé chroniques

Les résultats montrent d'abord que, pour quatre des maladies examinées (hypertension, migraines, maladies cardiaques, ulcères de l'estomac ou de l'intestin), les immigrants ne se distinguent pas des Canadiens de naissance, et ce, dans les trois cycles d'enquête retenus pour l'étude (tableau 2).

En ce qui concerne le diabète, les immigrants de longue date se différencient des Canadiens de naissance en étant plus susceptibles de déclarer cette maladie, peu importe l'année considérée³⁴. Pour ce qui est des maux de dos, les immigrants (récents ou de longue date) ne se distinguent pas des personnes nées au Canada, sauf en 2011-2012, où la probabilité de souffrir de tels maux est plus faible chez les immigrants récents que chez les Canadiens de naissance (tableau 2).

En 2007-2008 et en 2011-2012, les immigrants sont moins susceptibles de rapporter des troubles de l'humeur ou anxieux que les personnes nées au Canada. Ce constat concerne les deux catégories d'immigrants, sauf pour les troubles anxieux qui, en 2007-2008, ne touchent plus faiblement que les immigrants de longue date.

Pour l'asthme, les résultats ne révèlent pas de tendances claires. En 2003, on n'observe aucune association significative

31. Si l'on examine l'évolution des prévalences des problèmes de santé chroniques depuis 2000-2001 (au lieu de 2003), on constate que la prévalence des maux de dos a diminué significativement chez les immigrants récents, tandis que les prévalences de l'hypertension et du diabète tendent à augmenter chez les immigrants de longue date (données non présentées). À noter que les données sur les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ne sont pas disponibles en 2000-2001.

32. Lorsqu'on analyse l'évolution des prévalences des problèmes de santé chroniques disponibles depuis 2000-2001, cette tendance se maintient et on peut ajouter les maux de dos aux problèmes de santé chroniques dont la prévalence a augmenté significativement.

33. L. CAZALE, P. LAPRISE et V. NANHOU (2009), « Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. » *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, n° 17, janvier, 8 p.

34. En 2007-2008, le RC est significatif (IC : 1,01 – 2,01) même si le test n'est significatif qu'à un seuil de 0,10 (p = 0,0562).

Tableau 2

Prévalences et rapports de cotes¹ relatifs aux indicateurs de santé selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2003, 2007-2008 et 2011-2012

	2003		2007-2008		2011-2012	
	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)
Perception de la santé générale (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents ²	8,5*	1,31	4,6*	0,78	2,8**	0,58
Immigrants de longue date ³	19,8	1,92†	14,9	1,46†	18,2	2,03†
<i>Canadiens de naissance</i>	10,6	1,00	10,3	1,00	10,2	1,00
Perception de la santé buccodentaire (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents	24,6	2,35†	18,2	2,01†		Données non disponibles
Immigrants de longue date	21,5	1,91†	19,7	1,92†		
<i>Canadiens de naissance</i>	13,5 ^a	1,00	11,4 ^a	1,00		
Problèmes de santé chroniques						
Asthme						
Immigrants récents	3,7**	0,41	4,5**	0,49	2,2**	0,20†
Immigrants de longue date	7,6*	0,94	4,8*	0,52†	6,6*	0,64
<i>Canadiens de naissance</i>	8,5 ^a	1,00	8,8	1,00	9,7 ^a	1,00
Diabète						
Immigrants récents	x	...	1,1**	0,43	1,2**	0,70
Immigrants de longue date	10,0*	1,90†	10,1	1,42†	12,5	2,06†
<i>Canadiens de naissance</i>	4,6 ^{a,b}	1,00	6,4 ^a	1,00	6,4 ^b	1,00
Hypertension						
Immigrants récents	2,3**	0,28	5,4**	0,73	5,8**	1,23
Immigrants de longue date	23,0	1,26	20,6*	0,99	24,3	1,32
<i>Canadiens de naissance</i>	15,7 ^{a,b}	1,00	17,9 ^a	1,00	18,7 ^b	1,00
Maladies cardiaques						
Immigrants récents	x	...	2,6**	1,08	1,1**	0,61
Immigrants de longue date	7,0	0,90	6,0*	0,83	5,7*	0,86
<i>Canadiens de naissance</i>	5,8	1,00	6,0	1,00	6,2	1,00
Maux de dos⁴						
Immigrants récents	13,8*	0,76	13,3*	0,74	7,8*	0,50†
Immigrants de longue date	20,3	1,21	21,1	1,12	16,2	0,90
<i>Canadiens de naissance</i>	18,0	1,00	18,8	1,00	17,6	1,00
Migraines						
Immigrants récents	11,5*	1,03	8,5*	0,74	9,1*	0,98
Immigrants de longue date	11,3*	1,20	8,6	0,90	6,1*	0,68
<i>Canadiens de naissance</i>	10,4 ^a	1,00	9,7	1,00	8,8 ^a	1,00
Troubles anxieux						
Immigrants récents	2,7**	0,79	3,1**	0,59	1,3**	0,17†
Immigrants de longue date	4,3**	1,16	3,1*	0,49†	3,6*	0,53†
<i>Canadiens de naissance</i>	3,9 ^a	1,00	5,8 ^a	1,00	6,8 ^a	1,00
Troubles de l'humeur						
Immigrants récents	2,2**	0,58	2,1**	0,44†	1,2**	0,19†
Immigrants de longue date	6,2*	1,78†	3,1*	0,54†	3,6*	0,61†
<i>Canadiens de naissance</i>	3,9 ^{a,b}	1,00	5,4 ^a	1,00	5,8 ^b	1,00
Ulcères de l'estomac/de l'intestin						
Immigrants récents	1,1**	0,56	4,8**	1,94	1,7**	0,94
Immigrants de longue date	3,3*	1,01	3,6*	1,14	3,4*	1,35
<i>Canadiens de naissance</i>	2,9	1,00	3,1	1,00	2,5	1,00
Incapacité⁵						
Immigrants récents	12,4*	0,45†	12,8*	0,63†	16,6*	0,58†
Immigrants de longue date	35,1	1,12	24,0	0,86	38,0	1,06
<i>Canadiens de naissance</i>	30,0 ^a	1,00	25,3 ^{a,b}	1,00	35,5 ^b	1,00

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres).

... N'ayant pas lieu de figurer.

† Différence significative par rapport à la catégorie de référence au seuil de 0,05.

a, b Pour un indicateur de santé et un statut d'immigration donnés, le même exposant exprime une différence significative selon les années (proportions d'une même ligne) au seuil de 0,05.

1. Pour chaque indicateur de santé, les rapports de cotes (RC) sont obtenus à partir de régressions logistiques et un ajustement pour l'âge et le niveau de scolarité est fait. Le rapport de cotes exprime l'effet du statut d'immigration sur la probabilité d'avoir une caractéristique donnée de santé comparativement à la catégorie de référence (les Canadiens de naissance) en italique. Un RC supérieur à 1,00 indique une probabilité accrue, tandis qu'un RC inférieur à 1,00 signifie une probabilité moindre.

2. Immigrants résidant au Canada depuis 9 ans ou moins.

3. Immigrants résidant au Canada depuis 10 ans ou plus.

4. Autres que ceux dus à la fibromyalgie ou à l'arthrite.

5. Catégorie « parfois ou souvent ». Pour le volet 2011-2012 de l'ESCC, les données sur l'incapacité sont disponibles seulement en 2012.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2003, 2007-2008 et 2011-2012, fichiers de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

avec le statut d'immigration, tandis qu'en 2007-2008, les immigrants de longue date et, dans une moindre mesure, les immigrants récents ont une probabilité plus faible de présenter cette maladie que les Canadiens de naissance. En 2011-2012, cet avantage se confirme chez les immigrants récents.

Incapacité

En 2003, 2007-2008 et 2012³⁵, les immigrants récents sont moins susceptibles de rapporter une incapacité que les Canadiens de naissance, tandis que les immigrants de longue date ne se distinguent pas significativement de ceux-ci (tableau 2).

Analyse selon le sexe

L'analyse selon le sexe permet de constater qu'en 2003, 2007-2008 et en 2011-2012, les femmes ayant immigré au Canada depuis 10 ans ou plus (immigrantes de longue date) sont plus enclines que les Canadiennes de naissance à avoir une perception négative de leur santé générale (tableau 4). Une tendance similaire est observée chez les hommes ayant le même statut d'immigration (tableau 3).

Les résultats indiquent également que les femmes nouvellement arrivées (depuis moins de 10 ans) ainsi que celles ayant immigré depuis plus longtemps se distinguent des Canadiennes de naissance par une probabilité accrue de considérer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise, tant en 2003 qu'en 2007-2008. Ce constat s'applique aussi aux hommes, à l'exception de ceux qui ont immigré depuis moins de 10 ans (immigrants récents) pour lesquels on n'observe pas de différence significative en 2007-2008.

En ce qui concerne le diabète, les femmes qui ont immigré depuis 10 ans ou plus sont plus susceptibles de souffrir de cette maladie que les femmes nées au Canada. Cela se vérifie pour les trois cycles de l'ESCC retenus. La même situation s'observe, mais en 2011-2012 seulement, chez les hommes ayant aussi immigré de longue date.

Quant aux maux de dos, c'est seulement chez les hommes nouvellement arrivés au pays qu'on décèle une probabilité plus faible de souffrir de ce problème de santé que chez les Canadiens de naissance, et ce, en 2011-2012 (tableau 3). Pour ce qui est de l'asthme, les immigrantes

(arrivées récemment ou depuis plus longtemps) sont moins susceptibles d'en faire que les Canadiennes de naissance en 2011-2012 (tableau 4). Du côté des hommes, cet avantage ne touche que les immigrants de longue date, et ce, en 2007-2008.

L'analyse selon le sexe révèle également qu'en 2007-2008 et en 2011-2012, les hommes ayant immigré depuis 10 ans ou plus sont moins susceptibles de présenter des troubles de l'humeur que les Canadiens de naissance, mais que les différences ne sont pas significatives chez les femmes ayant le même statut d'immigration. En 2011-2012, tant les hommes que les femmes ayant immigré depuis 10 ans ou plus sont moins susceptibles de rapporter des troubles anxieux que les Canadiens et les Canadiennes de naissance.

Enfin, les hommes récemment arrivés au Canada tendent à présenter un avantage par rapport aux Canadiens de naissance en ce qui concerne la présence d'une incapacité en 2012, et dans une moindre mesure en 2003. Cet avantage n'est observé qu'en 2003 chez les femmes établies au pays depuis moins de 10 ans.

35. À noter qu'en 2012, les immigrants récents tendent à avoir un avantage par rapport aux Canadiens de naissance en ce qui a trait à l'incapacité ($p = 0,06$). De plus, cette tendance ne concerne que les hommes.

Tableau 3

Prévalences et rapports de cotes¹ relatifs aux indicateurs de santé selon le statut d'immigration, hommes de 18 ans et plus, Québec, 2003, 2007-2008 et 2011-2012

	2003		2007-2008		2011-2012	
	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)
Perception de la santé générale (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents ²	6,4**	1,32	2,9**	0,50	2,9**	0,65
Immigrants de longue date ³	18,3*	1,95 [†]	13,4*	1,40	15,5*	1,74
<i>Canadiens de naissance</i>	9,4	1,00	10,3	1,00	9,6	1,00
Perception de la santé buccodentaire (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents	26,7*	2,44 [†]	17,1*	1,47		Données non disponibles
Immigrants de longue date	22,2	1,76 [†]	24,1	2,01 [†]		
<i>Canadiens de naissance</i>	15,1	1,00	14,2	1,00		
Problèmes de santé chroniques						
Asthme						
Immigrants récents	x	...	4,8**	0,63	1,6**	0,19
Immigrants de longue date	7,4**	1,12	3,2**	0,43 [†]	8,1**	0,98
<i>Canadiens de naissance</i>	6,8	1,00	7,2	1,00	8,2	1,00
Diabète						
Immigrants récents	x	...	x	...	x	...
Immigrants de longue date	9,0*	1,46	9,2*	1,10	11,3*	1,51 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	5,1	1,00	7,4	1,00	7,4	1,00
Hypertension						
Immigrants récents	x	...	4,9**	0,62	4,4**	0,81
Immigrants de longue date	21,7	1,45	18,0	0,94	22,0	1,17
<i>Canadiens de naissance</i>	13,3	1,00	16,9	1,00	18,1	1,00
Maladies cardiaques						
Immigrants récents	x	...	x	...	x	...
Immigrants de longue date	8,6**	1,05	5,9*	0,72	7,2*	0,92
<i>Canadiens de naissance</i>	6,4	1,00	6,8	1,00	7,3	1,00
Maux de dos⁴						
Immigrants récents	12,3**	0,65	11,0**	0,63	6,4**	0,45 [†]
Immigrants de longue date	17,0*	1,04	17,2	0,92	14,5*	0,82
<i>Canadiens de naissance</i>	17,5	1,00	18,5	1,00	17,4	1,00
Migraines						
Immigrants récents	2,2**	0,25	4,8**	0,71	4,7**	0,87
Immigrants de longue date	7,3**	1,31	4,9*	0,85	3,2**	0,64
<i>Canadiens de naissance</i>	5,9	1,00	6,0	1,00	5,2	1,00
Troubles anxieux						
Immigrants récents	x	...	x	...	x	...
Immigrants de longue date	4,7**	1,83	2,4**	0,58	2,4**	0,47 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	2,7	1,00	4,3	1,00	5,4	1,00
Troubles de l'humeur						
Immigrants récents	x	...	x	...	x	...
Immigrants de longue date	7,7**	2,94 [†]	2,4**	0,48 [†]	1,7**	0,35 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	3,0	1,00	4,8	1,00	4,8	1,00
Ulcères de l'estomac/de l'intestin						
Immigrants récents	x	...	5,9**	2,76	x	...
Immigrants de longue date	1,9**	0,46	4,0**	1,46	2,8**	1,14
<i>Canadiens de naissance</i>	2,7	1,00	2,9	1,00	2,4	1,00
Incapacité⁵						
Immigrants récents	10,0**	0,43	9,3**	0,48	12,9**	0,45 [†]
Immigrants de longue date	31,1	1,01	20,6	0,78	32,7	0,88
<i>Canadiens de naissance</i>	27,9	1,00	24,3	1,00	34,1	1,00

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres).

... N'ayant pas lieu de figurer.

† Différence significative par rapport à la catégorie de référence au seuil de 0,05.

1. Pour chaque indicateur de santé, les rapports de cotes (RC) sont obtenus à partir de régressions logistiques et un ajustement pour l'âge et le niveau de scolarité est fait. Le rapport de cotes exprime l'effet du statut d'immigration sur la probabilité d'avoir une caractéristique donnée de santé comparativement à la catégorie de référence (les Canadiens de naissance) en italique. Un RC supérieur à 1,00 indique une probabilité accrue, tandis qu'un RC inférieur à 1,00 signifie une probabilité moindre.

2. Immigrants résidant au Canada depuis 9 ans ou moins.

3. Immigrants résidant au Canada depuis 10 ans ou plus.

4. Autres que ceux dus à la fibromyalgie ou à l'arthrite.

5. Catégorie « parfois ou souvent ». Pour le volet 2011-2012 de l'ESCC, les données sur l'incapacité sont disponibles seulement en 2012.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, 2003, 2007-2008 et 2011-2012, fichiers de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Tableau 4

Prévalences et rapports de cotes¹ relatifs aux indicateurs de santé selon le statut d'immigration, femmes de 18 ans et plus, Québec, 2003, 2007-2008 et 2011-2012

	2003		2007-2008		2011-2012	
	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)	%	Rapport de cotes (RC)
Perception de la santé générale (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents ²	10,9**	1,31	6,7**	1,16	2,7**	0,50
Immigrants de longue date ³	21,4	1,91 [†]	16,4	1,52 [†]	21,1*	2,31 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	11,7	1,00	10,2	1,00	10,7	1,00
Perception de la santé buccodentaire (passable ou mauvaise)						
Immigrants récents	22,0*	2,14 [†]	19,7*	2,99 [†]		Données non disponibles
Immigrants de longue date	20,9	2,11 [†]	15,2*	1,81 [†]		
<i>Canadiens de naissance</i>	12,0	1,00	8,8	1,00		
Problèmes de santé chroniques						
Asthme						
Immigrants récents	6,8**	0,59	4,2**	0,38	2,8**	0,23 [†]
Immigrants de longue date	7,9*	0,82	6,5**	0,59	4,9*	0,40 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	10,1	1,00	10,3	1,00	11,1	1,00
Diabète						
Immigrants récents	x	...	x	...	x	...
Immigrants de longue date	11,0*	2,46 [†]	11,0*	1,84 [†]	13,8*	2,79 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	4,2	1,00	5,4	1,00	5,5	1,00
Hypertension						
Immigrants récents	2,9**	0,38	5,9**	0,89	7,4**	1,87
Immigrants de longue date	24,3	1,14	23,2	1,03	26,6	1,48 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	17,9	1,00	18,8	1,00	19,2	1,00
Maladies cardiaques						
Immigrants récents	x	...	4,9**	2,50	x	...
Immigrants de longue date	5,6*	0,76	6,1**	0,96	4,1*	0,74
<i>Canadiens de naissance</i>	5,3	1,00	5,2	1,00	5,2	1,00
Maux de dos⁴						
Immigrants récents	15,4**	0,89	16,0*	0,90	9,5**	0,57
Immigrants de longue date	23,5	1,37	25,0	1,34	18,0	0,99
<i>Canadiens de naissance</i>	18,5	1,00	18,9	1,00	17,9	1,00
Migraines						
Immigrants récents	22,4*	1,50	13,0*	0,81	14,4*	1,11
Immigrants de longue date	15,2	1,16	12,4*	0,95	9,2*	0,72
<i>Canadiens de naissance</i>	14,7	1,00	13,2	1,00	12,2	1,00
Troubles anxieux						
Immigrants récents	4,2**	0,83	6,1**	0,91	x	...
Immigrants de longue date	3,9**	0,81	3,7**	0,45	4,8*	0,58 [†]
<i>Canadiens de naissance</i>	5,1	1,00	7,2	1,00	8,0	1,00
Troubles de l'humeur						
Immigrants récents	3,0**	0,60	3,5**	0,63	x	...
Immigrants de longue date	4,7*	1,10	3,8*	0,60	5,6*	0,82
<i>Canadiens de naissance</i>	4,7	1,00	6,0	1,00	6,8	1,00
Ulcères de l'estomac/de l'intestin						
Immigrants récents	x	...	3,5**	1,19	x	...
Immigrants de longue date	4,7**	1,53	3,2**	0,91	4,1**	1,56
<i>Canadiens de naissance</i>	3,1	1,00	3,3	1,00	2,6	1,00
Incapacité⁵						
Immigrants récents	15,1*	0,48 [†]	17,2*	0,85	21,3**	0,77
Immigrants de longue date	39,0	1,23	27,4	0,96	43,5	1,25
<i>Canadiens de naissance</i>	31,9	1,00	26,2	1,00	36,8	1,00

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres).

... N'ayant pas lieu de figurer.

† Différence significative par rapport à la catégorie de référence au seuil de 0,05.

1. Pour chaque indicateur de santé, les rapports de cotes (RC) sont obtenus à partir de régressions logistiques et un ajustement pour l'âge et le niveau de scolarité est fait. Le rapport de cotes exprime l'effet du statut d'immigration sur la probabilité d'avoir une caractéristique donnée de santé comparativement à la catégorie de référence (les Canadiens de naissance) en italique. Un RC supérieur à 1,00 indique une probabilité accrue, tandis qu'un RC inférieur à 1,00 signifie une probabilité moindre.

2. Immigrants résidant au Canada depuis 9 ans ou moins.

3. Immigrants résidant au Canada depuis 10 ans ou plus.

4. Autres que ceux dus à la fibromyalgie ou à l'arthrite.

5. Catégorie « parfois ou souvent ». Pour le volet 2011-2012 de l'ESCC, les données sur l'incapacité sont disponibles seulement en 2012.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2003, 2007-2008 et 2011-2012, fichiers de partage. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

CONCLUSION

Dans les années 1990 et 2000, plusieurs études se sont intéressées à « l'effet de bonne santé de l'immigrant » afin de voir dans quelle mesure cette hypothèse se vérifiait. Des analyses transversales et longitudinales ont ainsi été menées à partir de différentes sources de données. Il en ressort que « l'effet de bonne santé de l'immigrant » s'applique généralement aux immigrants récents, ce qui va parfois à l'encontre des résultats obtenus pour l'ensemble des immigrants. Lorsque la distinction est faite entre immigrants récents et immigrants de longue date, les études tendent à démontrer que l'état de santé s'altère avec l'allongement du séjour dans le pays d'accueil. Par ailleurs, bien qu'elle permette de nuancer les résultats en fonction de l'hétérogénéité de la population immigrante, l'analyse selon les grandes régions d'origine des immigrants se heurte souvent aux limites imposées par les faibles effectifs des enquêtes générales.

Dans le présent bulletin, les résultats d'analyses bivariées et multivariées (régressions logistiques) sur l'état de santé des immigrants au Québec ont été présentés. Ces analyses ont été menées à partir des données de l'ESCC pour le Québec, couvrant les années 2003, 2007-2008 et 2011-2012. Pour ce qui est des régressions logistiques, les analyses tiennent compte du statut d'immigration, de l'âge et du niveau de scolarité des personnes répondantes.

Ainsi, les comparaisons entre les immigrants et les Canadiens de naissance, effectuées à partir des résultats des

régressions logistiques pour divers indicateurs de santé, révèlent que les immigrants de longue date sont plus susceptibles de faire du diabète et d'avoir une perception négative de leur santé générale ainsi que de leur santé buccodentaire que les personnes nées au Canada. Par contre, ils sont moins susceptibles que ces dernières de présenter des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux (2007-2008 et 2011-2012). Au regard de ces troubles, il est permis de supposer qu'ils seraient moins souvent diagnostiqués chez les immigrants, puisque ceux-ci sont moins enclins que les natifs à consulter en matière de santé mentale³⁶. Pourtant des constats semblables, touchant cette fois la dépression, sont faits dans une étude portant sur la santé mentale des immigrants au Canada³⁷.

Les immigrants récents, quant à eux, sont moins susceptibles que les Canadiens de naissance de souffrir d'asthme ou de maux de dos (2011-2012). Comme les immigrants de longue date, ils sont plus enclins que les personnes natives du Canada à considérer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise et le sont moins à présenter des troubles de l'humeur (2007-2008 et 2011-2012) ou des troubles anxieux (2011-2012). Enfin, tout le long de la période retenue, les immigrants récents risquent moins de présenter une incapacité que les personnes nées au Canada.

À partir de ces résultats, peut-on conclure que la santé des immigrants du Québec s'est détériorée ou améliorée par rapport à celle des non-immigrants durant les années 2000? Pour ce qui est des

immigrants récents, le portrait est plutôt favorable. En effet, leur avantage quant à la présence d'une incapacité s'est vérifié pour toutes les années considérées, alors que les tendances quant à leur probabilité plus faible de souffrir d'asthme ou de maux de dos se sont confirmées en 2011-2012. Pour leur part, les immigrants de longue date montrent un portrait plus défavorable par rapport aux Canadiens de naissance, que ce soit pour la perception négative de leur état de santé générale (chez les deux sexes, mais surtout chez les femmes) ou pour la présence de diabète (principalement chez les femmes), des désavantages qui se sont maintenus durant toute la période étudiée.

Les immigrants récents et ceux de longue date se rejoignent dans la perception négative de la santé buccodentaire qui est plus répandue chez ces deux groupes que chez les personnes nées au Canada, et ce, pour les deux cycles au cours desquels cette perception a été mesurée (2003 et 2007-2008). D'autre part, on constate que, depuis 2007-2008, la probabilité de présenter des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux tend à être moindre dans ces deux groupes d'immigrants comparativement aux Canadiens de naissance.

Ces résultats obtenus au Québec présentent des points communs avec ceux tirés d'une étude³⁸ qui fait une synthèse de travaux récents réalisés en France sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés. Selon cette étude française, les immigrés non naturalisés³⁹ déclarent moins souvent des maladies chroniques et des limitations d'activités que les Français

36. R. WHITLEY, L. J. KIRMAYER et D. GROLEAU (2006), "Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal", *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 4, mars, p.205-209.

37. J. ALI (2002), « La santé mentale des immigrants au Canada », *Supplément aux Rapports sur la santé, Statistique Canada*, vol. 13, n° 82-003 au catalogue, 13 p.

38. C. BERCHET, et F. JUSOT (2012), « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), n° 172, janvier, 8 p.

39. La définition de ces derniers s'approche de celle des immigrants récents, étant donné que les étrangers peuvent demander la naturalisation après avoir résidé en France depuis cinq ans, à quelques exceptions près (D.A. LAPRÈS 2009), *Introduction au droit de l'immigration en France*, P.18 [En ligne] [<http://www.lapres.net/immif.html>].

de naissance. Par contre, ces travaux indiquent aussi que l'état de santé des immigrés serait devenu moins bon que celui des natifs à partir des années 2000; de fait, la situation contraire avait été observée dans les années 1980 et 1990.

Que ce soit à partir de données d'enquêtes populationnelles comme dans le présent bulletin ou d'hypothèses telles qu'explicitées dans les études françaises⁴⁰, les résultats relatifs à la santé des immigrants peuvent être interprétés comme étant le reflet d'un « effet de sélection par la santé à la migration compensé avec la durée de résidence »⁴¹. Selon les études françaises, l'effet de sélection des immigrés en bonne santé est altéré par les effets délétères de la migration qui se manifestent avec la durée de résidence. Cet « effet d'usure » pourrait s'expliquer, entre autres, par la situation socioéconomique des immigrants : les conditions matérielles de vie difficiles, la perte du lien social ou l'exclusion sociale contribuent à la détérioration de l'état de santé des immigrés⁴².

Le présent article a fourni des résultats globaux sur la santé des immigrants tirés de données transversales couvrant plusieurs années. Afin de nuancer et d'approfondir ces résultats, plusieurs pistes de recherche pourraient être suivies. D'une part, la faiblesse des effectifs pourrait être contrée en combinant plusieurs cycles de l'ESCC, comme cela a été fait dans l'étude sur les répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants⁴³. Sinon, des enquêtes comportant des échantillons plus larges d'immigrants pourraient permettre de mener des études plus approfondies⁴⁴. D'autre part, plusieurs facteurs doivent être considérés afin de mieux comprendre l'évolution de l'état de santé des immigrants. Le faible statut social, le manque de soutien social et la dynamique familiale changeante représentent autant de risques pour la santé chez certains sous-groupes d'immigrants. Selon L. Simich et B. Jackson⁴⁵, « [...] pour tous les immigrants, les aspects de leur vie sociale qui contribuent le plus à les garder

en santé sont aussi ceux qui favorisent leur adaptation et leur intégration sociale au Canada ». Tisser des liens sociaux, développer des capacités linguistiques et des compétences en littératie, trouver du travail et gérer le stress inhérent à la migration comptent parmi ces aspects.

Une analyse des caractéristiques de santé des immigrants du Québec est parue en 2008⁴⁶. L'objectif du présent article, qui lui fait suite, a été de comparer l'état de santé des immigrants avec celui des personnes nées au Canada au cours des années 2000. Dans la lignée de ces articles, d'autres thèmes pourront être abordés, chacun couvrant une dimension particulière de la santé des immigrants : accès aux soins et services; habitudes de vie et comportements à risque; indicateurs psychosociaux et santé mentale. La mise en commun de ces articles permettra de tracer un portrait plus complet de l'état de santé des immigrants au Québec.

40. Les données de l'ESCC ayant servi aux analyses dans ce bulletin permettent de mesurer la durée de résidence des immigrants, tandis que les études françaises, basées sur la distinction entre immigrés étrangers (individus nés étrangers à l'étranger, qui n'ont pas acquis la nationalité française) et immigrés naturalisés, doivent faire l'hypothèse que la naturalisation donne de l'information sur la durée de résidence.

41. F. JUSOT, et autres (2009), « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, p. 385-411.

42. C. BERCHET, et F. JUSOT, *op. cit.*

43. M. ROTERMANN, *op. cit.*

44. E. NG, *op. cit.*

45. L. SIMICH, et B. JACKSON (2010), « Déterminants sociaux de la santé des immigrants au Canada : Pourquoi certains immigrants sont-ils en santé et d'autres pas ? », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé. La santé des migrants*, Santé Canada, n° 17, décembre, p. 26-29.

46. V. NANHOU, et N. AUDET, *op. cit.*

NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Source des données

Les données proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), une enquête transversale menée par Statistique Canada en 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012. Cependant, comme certains indicateurs ne sont pas disponibles en 2000-2001, notamment ceux sur l'incapacité, la perception de la santé buccodentaire, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, et pour alléger la lecture des tableaux, seuls les résultats des analyses effectuées pour les années 2003, 2007-2008 et 2011-2012 sont présentés dans cet article. Les données de l'ESCC 2000-2001 seront utilisées occasionnellement pour examiner l'évolution des indicateurs disponibles sur une période plus longue. Dans la lignée de l'article de l'Institut de la statistique du Québec paru en 2008⁴⁷, les données portent sur la population québécoise de 18 ans et plus.

Définition des variables

Incapacité

Cette variable indique la difficulté à voir, à entendre, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à se pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables, ou encore la réduction dans le genre ou la quantité d'activités (maison, travail, école, déplacements et loisirs) qu'une personne peut faire à cause d'un état ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée (6 mois ou plus). On considère qu'un individu a une incapacité s'il a répondu « parfois » ou « souvent » à au moins une des questions relatives aux différentes difficultés et aux limitations d'activités qui servent à la construction de cet indicateur. Pour plus de détails, le lecteur peut consulter le document des variables dérivées de Statistique Canada⁴⁸.

Perception de sa santé générale et de sa santé buccodentaire

« En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ? »

« En général, diriez-vous que votre santé buccodentaire est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise ? »

On considère que la perception de la santé générale ou de la santé buccodentaire est négative lorsqu'un individu a répondu « passable ou mauvaise » à ces questions.

Problème de santé chronique

Problème de santé de longue durée (6 mois ou plus) ayant été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Parmi les problèmes répertoriés dans l'ESCC, neuf ont été retenus pour les analyses : asthme, diabète, hypertension, maladies cardiaques, maux de dos (excluant ceux dus à la fibromyalgie et à l'arthrite), migraines, troubles anxieux (ex. : phobie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique), troubles de l'humeur (ex. : dépression, trouble bipolaire, manie, dysthymie), ulcères de l'estomac ou de l'intestin.

Statut d'immigration

On considère comme immigrant toute personne résidant au Canada, mais qui est née à l'extérieur du Canada. Les « immigrants récents » sont définis comme les immigrants ayant résidé 9 ans ou moins au Canada lors d'une année donnée de l'enquête, tandis que les « immigrants de longue date » sont ceux qui y ont résidé 10 ans ou plus, par rapport aux Canadiens de naissance. Cette nomenclature correspond à celle utilisée par Statistique Canada (2013)⁴⁹ dans le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) qui permet, s'il y a lieu, de faire des comparaisons avec les autres provinces canadiennes. À noter que l'ESCC ne permet pas d'identifier la catégorie d'immigrants (immigrant économique, personne arrivée dans le cadre d'un regroupement familial, réfugié, autres) des répondants qui sont des immigrants.

47. V. NANHOU, et N. AUDET, *op. cit.*

48. STATISTIQUE CANADA (2013), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011-2012. Spécifications des variables dérivées (VD)*, Ottawa, 151 p.

49. STATISTIQUE CANADA (2013), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2011-2012, Dictionnaire des données - Fichier de microdonnées à grande diffusion - 24 mois*, Ottawa, 662 p.

Techniques d'analyse

Avant de dresser un portrait général de l'état de santé des immigrants du Québec au cours des années 2000, comparativement à celui des Canadiens de naissance, et ce, à partir d'indicateurs-clés (perception de l'état de santé, problèmes de santé chroniques et incapacité), une analyse descriptive bivariée de ces indicateurs selon le statut d'immigration a été effectuée.

Parmi les critères de sélection des indicateurs pour la présente étude, on compte le fait que ces variables sont disponibles aux trois cycles d'enquête retenus pour les analyses et le fait que les effectifs s'y rapportant ne sont pas trop réduits. Par exemple, le cancer n'a pas été retenu en raison des trop faibles effectifs.

Ensuite, dans une optique de comparaison des immigrants récents et de longue date (voir la définition du statut d'immigration) avec les Canadiens de naissance, on a eu recours à des analyses de régression logistique. Les raisons sont de deux ordres: 1) le lien qui existe entre l'âge et la santé et 2) le fait que les structures par âge des immigrants récents, des immigrants de longue date et des Canadiens de naissance diffèrent l'une de l'autre (voir le tableau 2). La régression logistique permet de contrôler l'effet de l'âge et, dans le cas de la présente analyse, celui de la scolarité, afin d'isoler l'effet du statut d'immigration. Dans la littérature, plusieurs études ont documenté le lien entre l'âge et la santé, mais aussi le lien avec des variables du statut socioéconomique telles que le niveau de scolarité et le revenu. Ainsi, les rapports de cotes relatifs à chaque indicateur de santé sont corrigés pour l'âge et le niveau de scolarité.

Au préalable, des travaux de standardisation des données avaient été entrepris afin de neutraliser l'effet de l'âge. La population choisie comme population de référence était la population québécoise de 18 ans et plus. Cependant, en raison de la grande différence entre les structures par âge des trois groupes, les analyses de régression logistique ont été retenues. Puisque certains problèmes de santé chroniques affectent davantage la population plus âgée, la régression logistique s'avère plus appropriée pour contrôler les effets de l'âge et les différences d'âge entre les immigrants eux-mêmes, d'une part, et entre les immigrants et les Canadiens de naissance, d'autre part.

Les tests statistiques ont été réalisés avec un seuil de signification de 0,05.

À propos de l'enquête

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est une série d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada dans les provinces et territoires. Six enquêtes générales ont déjà eu lieu, à savoir en 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012. Elles fournissent des données représentatives des régions sociosanitaires du Canada (dont le Québec) sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation des services de santé.

À chacun des cycles, environ 130 000 personnes âgées de 12 ans et plus (entre 22 000 et 26 000 selon le cycle au Québec) participent à une entrevue assistée par ordinateur, en personne ou au téléphone, d'environ 45 minutes. La population visée est celle des ménages privés; elle ne comprend donc pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, des établissements et de certaines régions éloignées.

À noter que l'échantillon pour le Québec comprenait en 2003, 2007-2008 et 2011-2012, respectivement 335, 473 et 475 immigrants récents âgés de 18 ans et plus ainsi que 975, 1 046 et 1 097 immigrants de longue date âgés de 18 ans et plus.

Pour en savoir plus sur l'ESCC, veuillez consulter le site Web suivant : <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes, vous pouvez vous adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide de son site Web (www.stat.gouv.qc.ca/sad/acces_microdonnees.htm) ou par téléphone (514 343-2299).

PARUS RÉCEMMENT DANS LA COLLECTION ZOOM SANTÉ...

n° 41	Santé physique et habitudes de vie chez les jeunes issus de l'immigration. Un portrait statistique tiré de l' <i>Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011</i>	Janvier 2014
n° 40	Qui sont les victimes de blessures en milieu de travail? Ce que révèlent les données de l' <i>Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008</i>	Janvier 2013

À PARAÎTRE

Décrochage scolaire chez les élèves du secondaire, santé physique et mentale et adaptation sociale : une analyse des principaux facteurs associés

Satisfaction à l'égard de son apparence chez les élèves du secondaire. Ce que révèlent les données de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*

Perte de poids involontaire et signes de dépression : deux marqueurs de fragilité chez les personnes de 65 ans et plus

UNE SÉRIE CONSACRÉE AUX DONNÉES DE L'ESCC

Le présent bulletin fait partie d'une série consacrée aux données de l'ESCC. Depuis 2006, des numéros du bulletin *Zoom santé* sont dédiés à la diffusion des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Les articles parus dans le cadre de cette série portent sur divers thèmes tels que l'allaitement maternel, les maladies chroniques, la santé mentale, la santé des immigrants, l'activité physique et les services à domicile.

Tous les numéros du bulletin sont disponibles sur le site Web de l'Institut à l'adresse suivante : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/zoom-sante.html>

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Nicole Descroisselles, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Virginie Nanhou
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6127)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2^e trimestre 2014

ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm